

REGULAÇÃO EM SAÚDE

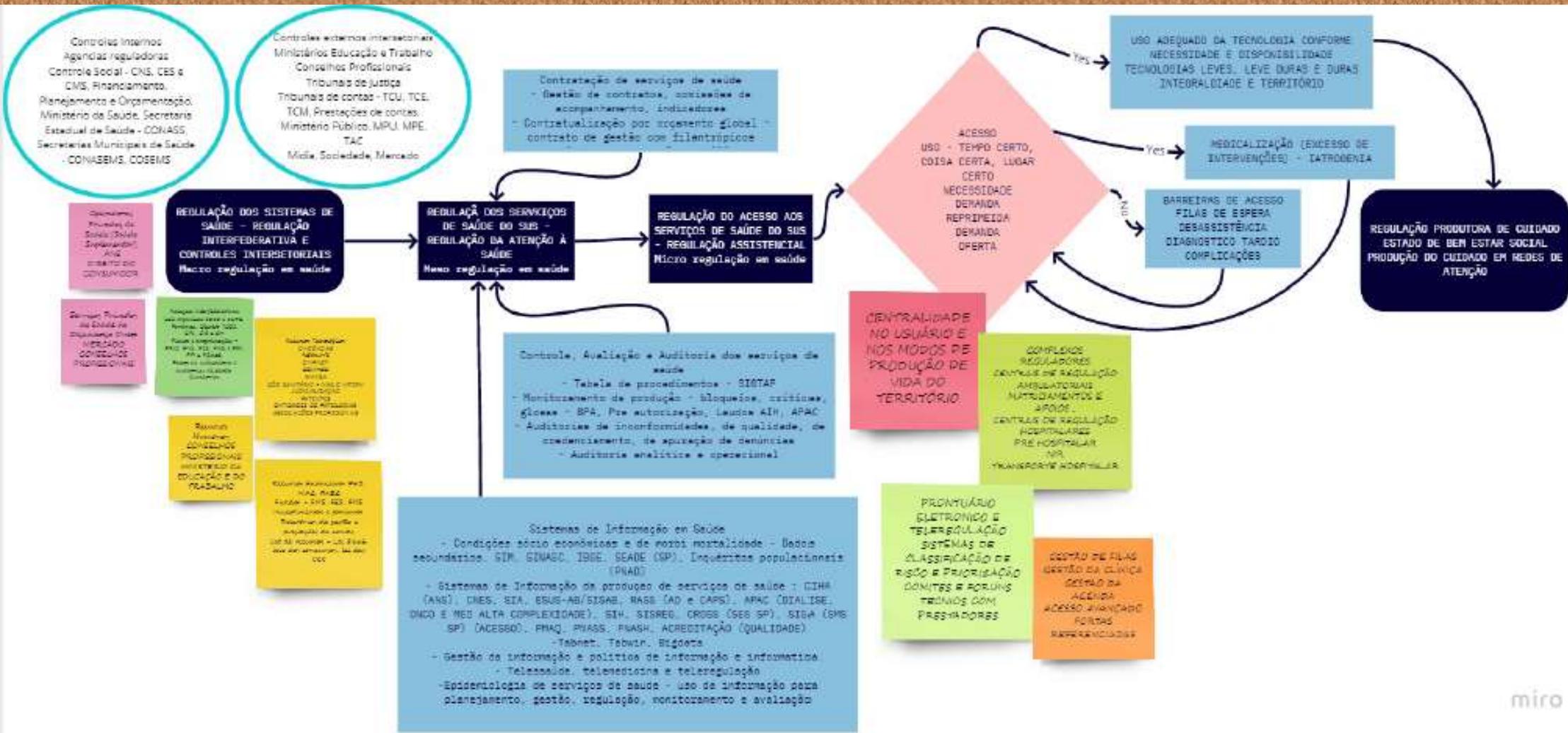
Marília Louvison

- *A regulação pública em saúde é realizada através da intervenção do estado, por meio de regras, leis e normas do governo para o mercado de prestação de serviços de saúde ou no sistema de saúde.*
- *Essa função regulatória pode se dar a partir de vários mecanismos como a regulamentação, a negociação e a fiscalização e utiliza instrumentos de regulação interna mas também instrumentos de controles externos intersetoriais.*

- *A regulação em saúde tem como principal objetivo assegurar o desempenho do sistema de saúde, ou seja, prestar uma assistência eficiente e equitativa para atender às necessidades de saúde da população.*
- *As dimensões da regulação são: regulação dos sistemas de saúde, regulação da atenção a saúde e regulação do acesso a saúde.*
- *É preciso reconhecer ainda que todos regulam de alguma forma e para além da macro regulação e da micro regulação assistencial existem vários regimes de regulação passam por uma regulação política, clientelista, profissional e leiga.*

Regulação em saúde

- **Narrativa: ~Desafios da regulação da saúde no SUS e os principais instrumentos de regulação assistencial e controles intersetoriais: as dimensões da regulação do sistema, da atenção e do acesso**
- **Construção do mapa conceitual**
- **Aulas de conteúdos teóricos práticos:**
- **Situação problema**
- **Visitas**
- **Convidados**
- **Seminários: temas de regulação do acesso previamente definidos**



Sistema de Saúde Universal

- É possível garantir tudo pra todos o tempo todo?
- Desafios de um sistema universal:
 - Bem estar social
 - Financiamento público
 - Centralidade na atenção primária em saúde
 - Cuidados continuados
 - Saúde oral/bucal



SOCIEDADE

MERCADO

ESTADO

Sistemas de saúde

- **Dimensão social - Democratização e Descentralização. Participação Social. Concepção ampliada de saúde.**
- **Seguridade social: Saúde, Previdência, Assistência**
- **Do modelo Bismarkiano/ Força de trabalho para Beveridgiano /Bem Estar Social**
- **Poder médico e das instituições – Complexo Medico industrial da Saúde**

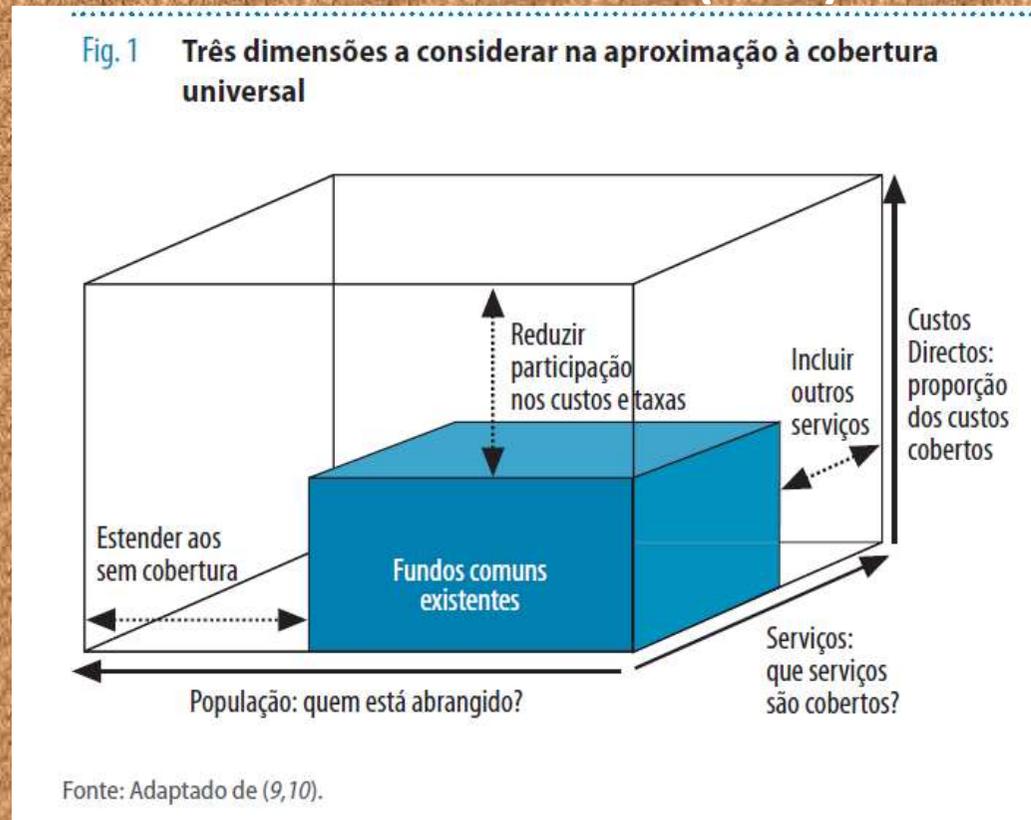
Estado, Mercado e Sociedade

Estado, Gestão e Regulação



América Latina - OPAS Sistemas Universais x Cobertura Universal de Saúde (CUS)

necessidade de
preservação dos
direitos sociais
universais
X
reformas que
procuram
aumentar a
eficiência do gasto
social



Desafios para os sistemas de saúde

- os serviços não correspondem às necessidades da população
- distribuição geográfica dos recursos é extremamente desigual
- em algumas áreas existe excessivo uso de alta tecnologia médico hospitalar para tratar os efeitos de moléstias preveníveis
- uso excessivo e a venda liberal de medicamentos
- internações desnecessárias, referências a outros níveis e exames supérfluos
- competição do setor privado com o setor público por exames auxiliares lucrativos e cirurgias eletivas
- distribuição do financiamento proveniente da seguridade social sem mecanismos apropriados de controle.
- Judicialização para garantir acesso

Necessidade x disponibilidade



Regulação em saúde em Portugal

- Em Portugal, a missão da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) traduz-se na regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, e as suas atribuições compreendem a supervisão desses estabelecimentos no que respeita a) ao controlo dos requisitos de funcionamento; b) à garantia de acesso aos cuidados de saúde; c) à defesa dos direitos dos utentes; d) à garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade; e) à regulação económica; f) à promoção e defesa da concorrência. O seu âmbito de regulação inclui todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do sector público, privado, social e cooperativo, independentemente da sua natureza jurídica, excetuando-se os profissionais de saúde no que respeita à sua atividade sujeita à regulação e disciplina das respetivas associações públicas profissionais e os estabelecimentos sujeitos a regulação específica do Infarmed, nos aspetos respeitantes a essa regulação.

O primeiro dos seus objetivos de regulação é assegurar o cumprimento dos requisitos do exercício da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, incluindo os respeitantes ao regime de licenciamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, nos termos da lei.

O segundo objetivo de regulação da ERS consiste em assegurar o cumprimento, por parte das entidades reguladas, dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei (*vide* al. b) do art. 10.º dos estatutos da ERS).

Um terceiro objetivo de regulação que compete à ERS prosseguir, e que se encontra definido na al. c) do art. 10.º dos seus estatutos, consiste em garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes.

Para esse efeito, incumbe à ERS, nos termos do art. 13.º, al. a), dos mesmos estatutos, apreciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas.

de saúde.

O quarto objetivo da atividade reguladora da ERS consiste em zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade (*cf.* al. d) do art. 10.º dos seus estatutos).

Uma importante atribuição da ERS a este nível é aquela que assenta na promoção de um sistema de classificação dos estabelecimentos de saúde quanto à sua qualidade global, conforme se define na al. a) do art. 14.º dos estatutos. A concretização desta atribuição traduziu-se na criação do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS). O SINAS é um sistema assente em um modelo de avaliação da qualidade global dos serviços de saúde, que se aplica a hospitais e a prestadores de saúde oral. Os objetivos do SI-

O quinto objetivo da ERS, previsto na al. e) do art. 10.º dos seus estatutos determina que a ERS deve zelar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema.

Para efeitos daquele objetivo, incumbe à ERS, em primeiro lugar, elaborar estudos e emitir recomendações sobre as relações económicas nos vários segmentos da economia da saúde, incluindo no que respeita ao acesso à atividade e às relações entre o SNS ou entre sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados, e os prestadores de cuidados de saúde, independentemente da sua natureza, tendo em vista o fomento da transparência, da eficiência e da equidade do sector, bem como a defesa do interesse público e dos interesses dos utentes (*vide* art. 15.º, al. a) dos estatutos da ERS).

O sexto objetivo da ERS, de acordo com a al. f) do art. 10.º dos seus estatutos, consiste em promover e defender a concorrência nos segmentos abertos ao mercado, em colaboração com a Autoridade da Concorrência na prossecução das suas atribuições relativas a este sector.

Para esse efeito, incumbe-lhe, nos termos do art. 16.º, al. a), identificar os mercados relevantes que apresentam características específicas sectoriais, designadamente definir os mercados geográficos, em conformidade com os princípios do direito da concorrência, no âmbito da sua



A ERS

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) é uma pessoa coletiva de direito público, com a natureza de entidade administrativa independente, dotada de autonomia administrativa e financeira, de autonomia de gestão, de independência orgânica, funcional e técnica e de património próprio e goza de poderes de regulação, regulamentação, supervisão, fiscalização e sancionatórios.

A ERS tem por missão a regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos setores público, privado, cooperativo e social.

As suas atribuições compreendem a supervisão da atividades dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente no que respeita ao cumprimento dos requisitos de exercício da atividade e de funcionamento, incluindo o licenciamento dos estabelecimentos, à garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade e demais direitos dos utentes, e verificação da legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes.

Enquanto Entidade Reguladora, a ERS rege-se pelos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, e pela Lei n.º 67/2013, de 28 de agosto, que aprovou a Lei-quadro das Entidades Reguladoras Independentes, alterada pela Lei n.º 12/2017, de 2 de maio e pela Lei n.º 71/2018, de 31 de dezembro.





Calculador de tempos de espera de cuidados de saúde (não urgentes)

Esta aplicação apresenta um cálculo dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) no acesso a consultas de cuidados primários e a primeiras consultas hospitalares programadas, em estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com base em informação introduzida pelo utente.

Não estão contempladas nesta aplicação as situações clínicas que requerem intervenção no serviço de urgência nem os pedidos de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT).

Os cálculos são meramente informativos, não correspondendo a um efetivo agendamento de serviços de saúde.

Cuidados de saúde primários (Centros de Saúde)

Hospitais do SNS

Nota: Os tempos utilizados nos cálculos estão previstos na Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio. Sempre que o tempo máximo de espera for estabelecido em horas, será realizado um arredondamento por excesso (por ex: se o número de horas é superior a 2 dias e meio, considera-se 3 dias).

Para informação mais detalhada sobre **Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG)**, consulte as perguntas frequentes da ERS.

**POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO EM SAÚDE NO SUS
PORTARIA No- 1.559, DE 1 DE AGOSTO DE 2008**



A regulação em saúde é composta por um conjunto de ações-meio que dirigem, ajustam, facilitam ou limitam determinados processos.

Abrange tanto o ato de regulamentar (*elaborar leis, regras, normas, instruções, etc.*) quanto as ações e técnicas que asseguram seu cumprimento (*fiscalização, controle, avaliação, auditoria, sanções e premiações*)

REGULAR EM SAÚDE

Por que?

O que?

Quem?

Como?



IDEOLOGIA

PODER

HEGEMONIA

A quem interessa?

SOCIEDADE

MERCADO

ESTADO

DESIGUALDADES

BEM ESTAR SOCIAL

INSTITUIÇÕES

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

PRIVATIZAÇÃO

PÚBLICO

MERCANTILIZAÇÃO

Vigilância em Saúde

Regulação da Saúde Suplementar

Controle sobre Sistemas de Saúde

Regulação da Atenção à Saúde

**Programação
da Atenção à
Saúde**

**Contratação
de
Serviços de
Saúde**

**Regulação do
Acesso à
Assistência**

**Avaliação de
Serviços de
Saúde**

**Controle da
Produção
Assistencial**

Sistemas de Informações

Avaliação sobre Sistemas de Saúde

Auditoria de Sistemas

Controle Social

São ações da Macro Regulação do Sistema de Saúde:

- *Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão: financiamento, provisão e organização de serviços, planejamento e avaliação dos Sistemas de Saúde.*
- *Princípios do SUS: Universalidade, equidade e integralidade*

- ***1. Regulação da Saúde Privada e Suplementar: papel da ANS***
- ***2. Regulação das Tecnologias em Saúde: papel da ANVISA e CONJTEC***
- ***3. Regulação social e controles externos: papel dos conselhos de saúde e ouvidoria***

3. A regulação nos planos e seguros privados de saúde

A Constituição Federal Brasileira de 1988, ao instituir um sistema público universal, inscreveu em seu artigo 199 que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” e estabeleceu critérios e condições para tal participação. Medici [15] salienta que o Estado Brasileiro tem, pois, por missão constitucional, financiar a saúde de todos – tanto dos que têm, como dos que não têm seguros privados de saúde ou condições de pagar por procedimentos, exames, consultas e medicamentos através de seus recursos próprios. Entretanto, o gasto público em saúde é menos da metade do gasto total com saúde e isto termina por criar uma situação de extrema iniquidade, onde os que têm planos e seguros de saúde contam com o SUS para exames e procedimentos mais complexos e os que só têm o SUS não contam com ele para cobrir suas necessidades na extensão e qualidade adequadas. Ademais, o mesmo autor salienta que os governos brasileiros nos últimos dez anos não fizeram nenhum esforço para “realizar uma necessária integração regulatória entre o SUS e a Saúde Suplementar.”

dos de Felício e Vilalba [23] destacam que a regulação em saúde no Brasil vem sendo organizada de modo pulverizado, o que leva ao surgimento de um conjunto de organismos e instituições que se ocupam de partes e não do todo da regulação, o que muitas vezes acarretam equívocos e falhas, em razão da falta de uma visão mais abrangente. Além disso, insistem que esta não deve limitar-se às relações econômicas e de mercado, mas levar em conta as políticas setoriais, as formas de financiamento e organização dos serviços de saúde, assim como a oferta e organização de recursos humanos, o desenvolvimento científico e tecnológico, a inovação

e a garantia de acesso aos serviços. Se assim não for, dificilmente a regulação contribuirá para a garantia do direito à saúde e para um maior conhecimento do sistema de saúde e de seus modos de organização por parte do cidadão, retirando-lhe as possibilidades de um maior protagonismo nessas relações. É possível concluir, ainda, que a eficácia da regulação em saúde no Brasil ainda é um grande desafio a ser perseguido. Nesse sentido, a compreensão de que as partes e o todo desse complexo processo se “entrepõem” e se “entrepõem”, pode ser um bom começo...

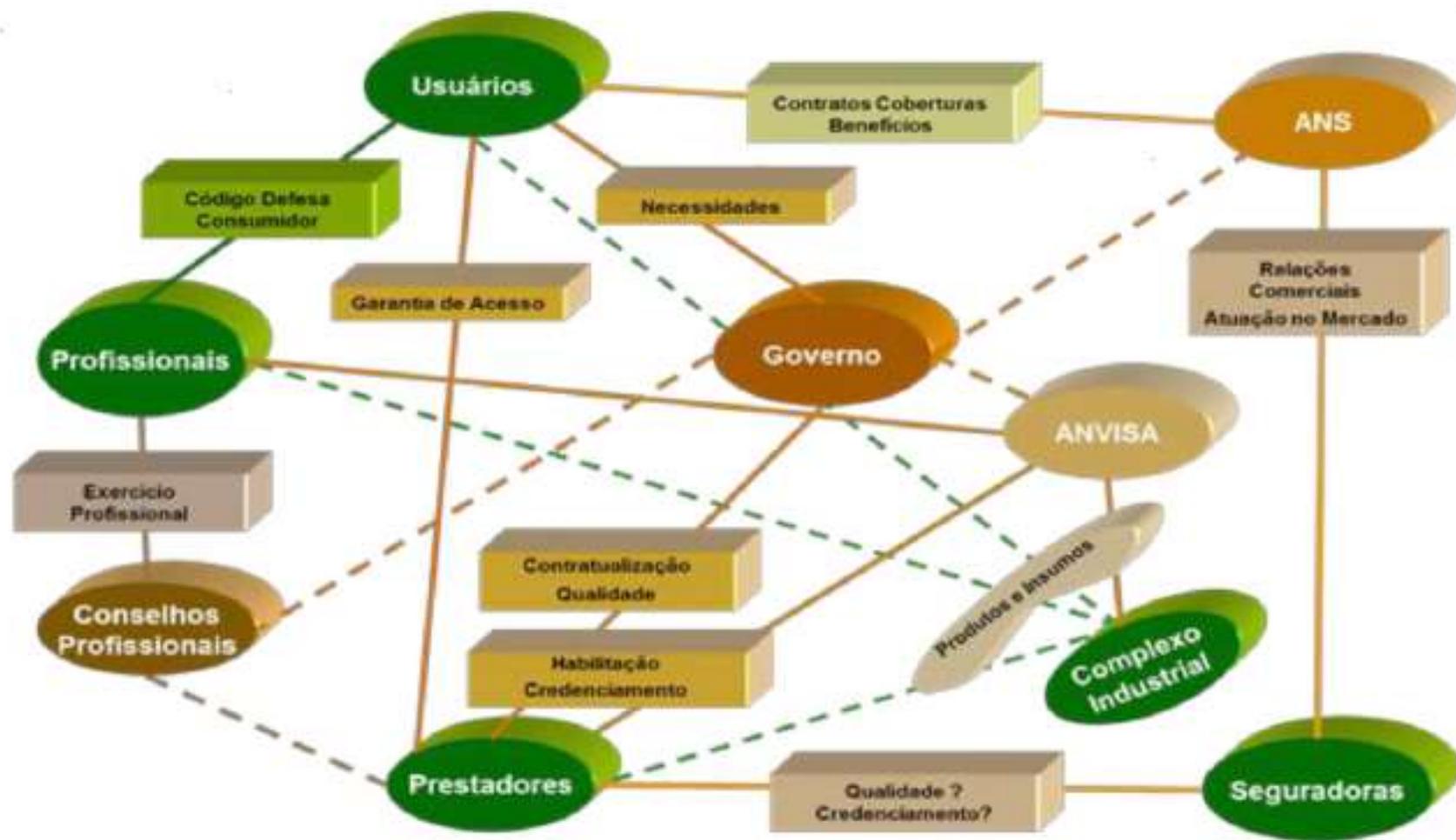
Perreault e al. [16], por sua vez, destacam que um dos principais problemas do sistema de saúde brasileiro é que o setor privado não é complementar ao público, mas com ele concorre em tudo, indo até mesmo à sua procura quando os gastos são muito altos, como no caso de transplantes de órgãos ou das doenças que necessitam equipamentos muito sofisticados e caros. Outros estudiosos têm assinalado a importante questão da renúncia fiscal que o Estado concede aos planos e seguros de saúde. Ocké-Reis [17], em relatório elaborado para o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, afirma que “ao deixar de arrecadar parte do imposto, o Estado age como se estivesse realizando um pagamento, ou seja, efetua gasto tributário, uma transferência. Trata-se de um pagamento implícito, isto é, não há desembolso, mas constitui-se de fato em pagamento”. Ao

Ao contrário do Sistema Único de Saúde, onde a regulação se comporta como uma ferramenta de compatibilização entre a oferta de serviços e as necessidades de saúde do cidadão, na saúde suplementar as ações regulatórias dão-se muito mais no sentido de resguardar os direitos do consumidor, do que no de trabalhar numa lógica de diminuição de desigualdades de acesso ou de promover uma coordenação articulada entre as diferentes redes de atenção à saúde, de modo a estabelecer com agilidade e eficiência um trajeto a ser percorrido pelo cidadão que apresenta necessidades específicas de cuidados de saúde. Exemplo disso é a Resolução Normativa 259 da ANS, datada de 20 de junho de 2011, cujo principal objetivo é o de garantir que o beneficiário tenha acesso a tudo o que contratou e também o de estimular as operadoras de planos de saúde a promover o credenciamento de prestadores de serviços nos municípios que fazem parte de sua área de cobertura. Casos de urgência e emergência têm um tratamento diferenciado e a operadora deverá oferecer o atendimento invariavelmente no município onde foi demandado ou se responsabilizar pelo transporte do beneficiário até o seu credenciado. Caso a operadora não ofereça as alterna-

sido as chamadas “Agendas Regulatórias”, que são um instrumento de planejamento que agrega o conjunto de temas estratégicos e prioritários, necessários para o equilíbrio do setor, que são objeto de atuação da ANS em determinado período. O objetivo da Agenda Regulatória é estabelecer cronogramas de atividades prioritárias de forma a garantir maior transparência e previsibilidade na atuação regulatória, possibilitando o acompanhamento pela sociedade dos compromissos preestabelecidos pela ANS. Para o biênio 2016-2018 estão previstos os seguintes eixos temáticos: Garantia de acesso e qualidade assistencial; Sustentabilidade do setor; Integração com o SUS; Aprimoramento das interfaces regulatórias [20].

Cabe salientar que na hipótese de utilização dos serviços do sistema público de saúde por beneficiários de operadoras de planos de saúde, estas deverão reembolsar as despesas realizadas pelo setor público, desde que os serviços demandados pelo beneficiário estejam previstos em contrato. Para reconhecer um beneficiário de plano de saúde atendido na rede pública, a agência reguladora vale-se de um procedimento que cruza, periodicamente, a base de dados do SUS registrados por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e por Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) com o sistema da ANS. O resultado do cru-

Fig. 3 - A complexidade das relações envolvidas na regulação da saúde no Brasil, segundo Felicielo e Villalba (2016)



- **Assimetria de informações**
- **Risco moral**
- **Seleção adversa**
- **Operadoras de planos de saúde**
- **Ressarcimento ao SUS**
- **Agendas regulatórias da ANS**
- **Dupla porta**
- **Porta giratória**
- **Falsos coletivos**
- **Rol taxativo**
- **Renúncia fiscal**
- **Dr consulta**
- **Planos populares**

Quem Somos

Histórico

Estrutura Organizacional

Diretoria Colegiada

Selo ANS

Nossos Endereços

Transparência Institucional

Notícias ANS

Carta de Serviços

ANS Digital

Eventos

Licitações e Contratos

Concursos Públicos

Movimentação de pessoal

Ouvidoria

Comissão de Ética

Corregedoria

Servidores

Biblioteca

Programa de Estágio

Quem Somos

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a **agência reguladora** vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de **planos de saúde** no Brasil.

A sede da ANS fica na cidade do Rio de Janeiro, na Avenida Augusto Severo, nº 84, no bairro da Glória. O atendimento ao cidadão sobre planos de saúde é feito pela [Central de Atendimento ao Consumidor](#) na internet, pelo Disque-ANS 0800 701 9656 e pelos [Núcleos da ANS](#) existentes no país.

O que é Regulação?

De forma simplificada, a regulação pode ser entendida como um conjunto de medidas e ações do Governo que envolvem a criação de normas, o controle e a fiscalização de segmentos de mercado explorados por empresas para assegurar o **interesse público**.

Missão

Promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as **operadoras** setoriais - inclusive quanto às suas relações com **prestadores** e **consumidores** - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

Visão

Ser reconhecida como indutora de eficiência e qualidade na **produção de saúde**.

Valores

A ANS tem por valores institucionais a transparência e ética dos atos, o conhecimento como fundamento da regulação, o estímulo à inovação para busca de soluções e sustentabilidade setorial e o foco no compromisso social.

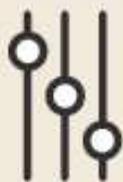
Mapa Estratégico

Eixos da Agenda Regulatória 2019-2021

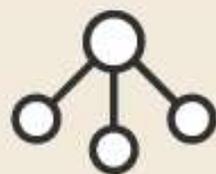
Clique nos eixos para conhecer os temas regulatórios.



**Equilíbrio
da Saúde
Suplementar**



**Aperfeiçoamento
do Ambiente
Regulatório**



**Articulação
Institucional**



**Fortalecimento
da Governança
Institucional**

Equilíbrio da Saúde Suplementar

- Tema 1 - Indução à melhoria da atenção a saúde dos beneficiários
- Tema 2 - Provisões técnicas e Capital regulatório - margem de solvência e regra de transição para exigência de capital
- Tema 3 - Acesso a planos privados de assistência à saúde
- Tema 4 - Relacionamento entre prestadores e operadoras de planos de saúde
- Tema 5 - Avaliação da qualidade dos serviços de assistência à saúde
- Tema 6 - Organização e funcionamento dos modelos assistenciais e cobertura de procedimentos
- Tema 7 - Aperfeiçoamento das regras sobre transferência de carteiras

Tema 1 - Indução à melhoria da atenção a saúde dos beneficiários

- **Adotar ações que visem a organização, funcionamento e qualificação dos serviços prestados por operadoras e prestadores de serviços de saúde no setor suplementar, com o objetivo de promover uma atenção à saúde centrada no paciente, com coordenação do cuidado e desfechos clínicos de alta qualidade.**

Tema 2 - Provisões técnicas e Capital regulatório - margem de solvência e regra de transição para exigência de capital

- Na saúde suplementar, as operadoras captam recursos, na forma de contraprestações pecuniárias, para a garantia de serviços de assistência à saúde. Caso a operadora não administre corretamente os recursos captados, pode não ser capaz de prover a cobertura contratada quando o beneficiário necessitar. A fim de garantir a adoção de condutas prudentes na gestão, o regulador estabelece regras de conduta, que implicam a manutenção de ativos e capital para garantia dos riscos previstos e das oscilações não previstas. É provável que haja operadoras para qual o capital exigido é demasiado e outras para as quais o capital exigido é insuficiente. Quando o capital exigido é demasiado, impõe-se um ônus para a operadora que pode se refletir nos preços cobrados. Quando o capital é insuficiente, é maior a probabilidade de insolvência da operadora, com todas as consequências que acarreta: problemas no acesso à cobertura, diminuição da qualidade dos serviços contratados e, eventualmente, cancelamento involuntário da operadora. A implantação de regra de transição para exigência de capital baseado em risco das operadoras de planos de saúde torna-se necessária nesse contexto.

Tema 3 - Acesso a planos privados de assistência à saúde

- O tema está relacionado à garantia do acesso do consumidor aos serviços da saúde suplementar por meio da contratação/adesão de plano privado de assistência à saúde. Aspectos relevantes devem ser considerados, tais como, a elaboração de estudos e fomento à discussão referentes às políticas regulatórias para indução de formas de acesso e continuidade no Sistema de Saúde Suplementar.

Tema 4 - Relacionamento entre prestadores e operadoras de planos de saúde

- Ações regulatórias que visam à redução de conflitos no relacionamento entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços de saúde, norteadas pelos parâmetros trazidos pela Lei 13.003/14.

Tema 5 - Avaliação da qualidade dos serviços de assistência à saúde

- Avaliação de operadoras e prestadores de serviços de saúde no setor suplementar com o objetivo de fornecer comparabilidade à qualidade dos serviços prestados, possibilitando benchmarking entre as operadoras e prestadores e empoderamento da escolha dos beneficiários.

Tema 6 - Organização e funcionamento dos modelos assistenciais e cobertura de procedimentos

- 6.1 - O tema está relacionado ao aprimoramento de um conjunto de procedimentos associados: à proposição, indução e monitoramento da organização e funcionamento dos modelos assistenciais, incluindo o aperfeiçoamento das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças ofertados pelos produtos das operadoras de planos de saúde; e também à coordenação do relacionamento externo no âmbito da organização e funcionamento dos referidos conteúdos e modelos assistenciais ofertados pelos produtos das operadoras de planos de saúde. Entende-se que a promoção da atenção à saúde centrada no beneficiário, com coordenação do cuidado e desfechos clínicos de alta qualidade é a base de toda a mudança necessária do modelo assistencial vigente na saúde suplementar. Na esfera da cobertura assistencial, item indissociável do modelo assistencial é produção de ações e serviços de saúde pelas operadoras.
- 6.2 - Nos termos do art. 4º, inciso III, da Lei nº 9.961, de 2000, compete à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS elaborar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde-ROL, que constituirá a referência básica para fins do disposto na Lei nº 9.656, de 1998, e suas excepcionalidades.
- O ROL trata das coberturas mínimas obrigatórias a serem asseguradas pelos chamados “planos novos” (planos privados de assistência à saúde comercializados a partir de 2/1/1999), e pelos “planos antigos” adaptados (planos adquiridos antes de 2/1/1999, mas que foram ajustados aos regramentos legais, conforme o art. 35, da Lei nº 9.656, de 1998), respeitando-se, em todos os casos, as segmentações assistenciais contratadas.
- O tema está relacionado ao aprimoramento da cobertura assistencial e prevê a implementação da atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde – 2021. Tal atualização é realizada a cada 2 anos, conforme definido em normativo da ANS.

Tema 7 - Aperfeiçoamento das regras sobre transferência de carteiras

- O tema está relacionado ao aprimoramento de um conjunto de procedimentos associados às regras de transferência de carteiras.

Monitoramento da Agenda Regulatória

Monitoramento até março de 2020

 Monitoramento da Agenda Regulatória até Março de 2020 (.pdf)

 Status até março de 2020 (.pptx)

Saiba como participar

Todos os interessados poderão participar das discussões e do amadurecimento de ações que poderão resultar em novas regras para o setor, das seguintes formas:

1

Representação na Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS): A Câmara de Saúde Suplementar é um órgão consultivo formado por representantes de diversos segmentos da sociedade, como órgãos de defesa do consumidor, associações e sindicatos. [Conheça aqui.](#)

2

Consultas Públicas: Através das consultas públicas, a ANS disponibiliza por um período uma minuta ou versão inicial de uma norma legal para que o cidadão possa opinar a respeito. [Confira aqui.](#)

Dados e Indicadores do Setor

Links e arquivos relativos aos dados e indicadores do setor

▼ [Informações gerais](#)

[Sala de Situação](#)

Área interativa com as informações mais atualizadas da saúde suplementar, organizadas em formato de dashboards, fornecendo um amplo panorama do setor e das operadoras de planos de saúde.

[Tutorial](#)

[Manual - Conceitos e Fontes de Dados](#)

[ANS Tabnet](#)

Ferramenta que possibilita a tabulação de dados dos diversos sistemas de informação da ANS e pesquisas customizadas. Com atualização trimestral, o Tabnet gera resultados que podem ser utilizados em tabuladores com o Excel ou Tabwin.

[Dados do Caderno de Informação da Saúde Suplementar](#)

Planilha em formato Excel, atualizada trimestralmente, contendo séries históricas e análises de dados do setor representadas em gráficos e tabelas. Os dados aqui contidos refletem aqueles apresentados na publicação virtual Caderno de Informação da Saúde Suplementar.

[Acesse todas as edições do Caderno de Informações da Saúde Suplementar](#)

[Caderno de Informação da Saúde Suplementar \(Junho de 2019\)](#)

[Caderno de Informação da Saúde Suplementar \(Março de 2019\)](#)

[Caderno de Informação da Saúde Suplementar \(Dezembro de 2018\)](#)

[Caderno de Informação da Saúde Suplementar \(Setembro de 2018\)](#)

 [Caderno de Informação da Saúde Suplementar \(Março de 2018\)](#)

 [Dados Consolidados da Saúde Suplementar](#)

Documento em formato Power Point, disponível para download, que consolida, em tabelas e gráficos os principais números relativos a beneficiários e operadoras.

 [D-TISS - Painel dos Dados do TISS](#)

O sistema possibilita a visualização, por gráficos ou mapas, dos gastos com despesas assistenciais, de procedimentos específicos, em todo o país e por estado, por sexo do beneficiário e por porte da operadora.

➤ [Beneficiários de planos privados de saúde](#)

➤ [Operadoras de planos privados de saúde](#)

➤ [Dados Financeiros e Publicações Relacionadas](#)

➤ [Dados Assistenciais e Publicações Relacionadas](#)

➤ [Planos privados de saúde](#)

➤ [Dados e Publicações do Ressarcimento ao SUS](#)

➤ [Baixar base de dados](#)

➤ [Painéis Dinâmicos](#)

Tabela 1 - Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil - dezembro/2000 - março/2019)

Data	Assistência médica com ou sem odontologia	Exclusivamente odontológico
dez/00	30.966.522	2.603.001
dez/01	31.420.006	3.062.681
dez/02	31.513.309	3.677.782
dez/03	32.074.667	4.325.568
dez/04	33.840.716	5.312.915
dez/05	35.441.349	6.204.404
dez/06	37.248.388	7.349.643
dez/07	39.316.313	9.164.386
dez/08	41.468.019	11.061.362
dez/09	42.561.398	13.253.744
dez/10	44.937.350	14.514.074
dez/11	46.025.814	16.669.935
dez/12	47.846.092	18.538.837
dez/13	49.491.826	19.561.930
dez/14	50.444.761	20.153.777
dez/15	49.207.304	20.920.720
dez/16	47.605.498	21.304.262
dez/17	47.126.130	22.526.068
dez/18	47.249.614	24.187.628
mar/19	47.053.184	24.479.494

Fonte: SIB/ANS/MS - 03/2019

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2019

Notas: 1. O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

2. Dados preliminares, sujeitos a revisão.

Gráfico 5 - Taxa de cobertura dos planos de assistência médica, por localização (Brasil - dezembro/2004-março/2019)



Fonte: SIB/ANS/MS - 03/2019

Caderno de Informação de Saúde Suplementar - junho/2019

Notas: 1. O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

2. Dados preliminares, sujeitos a revisão.

Tabela 10 - Receitas e despesas, por modalidade das operadoras, por tipo, segundo a modalidade da operadora (Brasil - 1o trimestre/2019)

Modalidade da operadora	Receita de contraprestações	Outras receitas operacionais	Despesa assistencial	Despesa administrativa	Despesa de comercialização	Outras despesas operacionais
Total	50.780.879.088	3.218.279.613	40.501.043.802	4.907.744.513	1.496.424.688	4.116.084.819
Operadoras médico-hospitalares	49.921.715.445	3.196.507.807	40.154.220.696	4.715.560.222	1.395.623.227	4.059.248.897
Autogestão	5.904.147.789	227.166.951	5.092.609.654	525.717.408	785.760	358.148.402
Cooperativa Médica	15.966.478.660	1.784.687.775	12.822.824.157	1.722.745.070	224.201.201	1.989.764.847
Filantropia	653.856.144	841.544.029	476.101.426	259.969.609	7.473.288	723.466.040
Medicina de Grupo	16.103.809.605	336.749.505	12.560.896.690	1.672.929.870	562.147.941	563.106.918
Seguradora Especializada em Saúde	11.293.423.247	6.359.547	9.201.788.769	534.198.264	601.015.036	424.762.690
Operadoras exclusivamente odontológicas	859.163.643	21.771.806	346.823.106	192.184.292	100.801.461	56.835.922
Cooperativa odontológica	152.733.283	14.895.687	89.984.915	42.869.816	7.385.652	13.366.382
Odontologia de grupo	706.430.360	6.876.120	256.838.190	149.314.476	93.415.809	43.469.540

Fontes: DIOPS/ANS/MS - 04/06/2019

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2019

Notas: Dados preliminares, sujeitos a revisão.

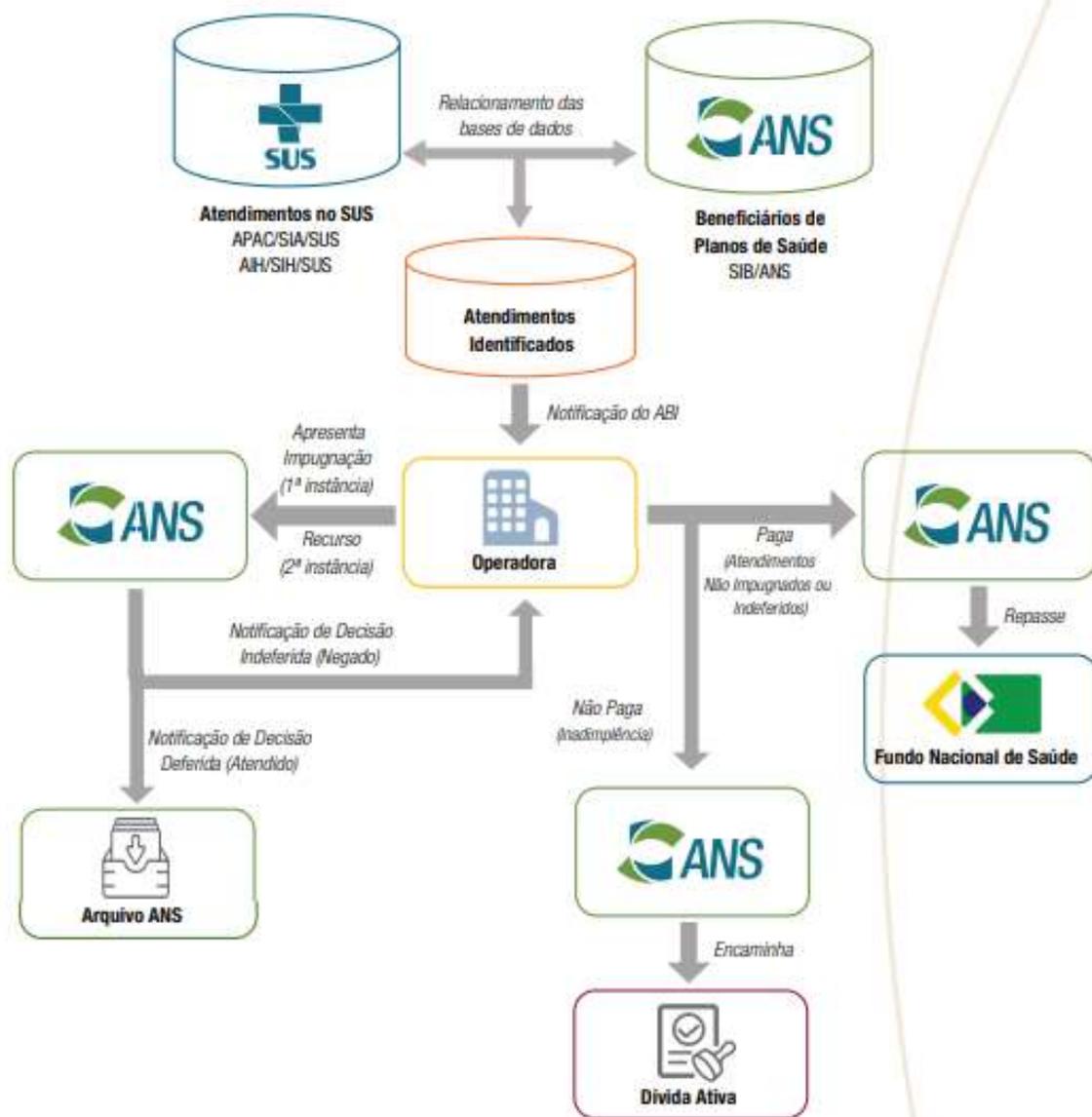
https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-e-publicacoes-do-ressarcimento-ao-sus/Boletim_ressarcimento_SUS__13a_Edicao_Rev04.pdf

DADOS DO SETOR

Boletim Informativo

Utilização do Sistema Único de Saúde
por Beneficiários de Planos de Saúde e
Ressarcimento ao SUS - **13ª EDIÇÃO**

Figura 1 - O processo de Ressarcimento ao SUS



Quadro 3 – Procedimentos de AIH com maiores valores cobrados (com GRU emitida) – Brasil, 2017 a 2021

Procedimento Principal	Quantidade	Valor
TRANSPLANTE DE RIM (ORGAO DE DOADOR FALECIDO)	1.798	R\$ 113.275.197,33
TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS	15.609	R\$ 65.996.569,56
TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS	13.336	R\$ 63.135.577,92
TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE)	33.543	R\$ 51.231.701,67
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ONCOLOGIA	3.527	R\$ 36.130.914,27
PARTO NORMAL	41.260	R\$ 34.982.924,03
PARTO CESARIANO	30.984	R\$ 33.787.799,78
TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA PÓS-TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS / CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS	9.808	R\$ 30.194.506,39
OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS	4.979	R\$ 25.606.921,99
TRANSPLANTE DE RIM (ORGAO DE DOADOR VIVO)	536	R\$ 25.317.501,79
Total	781.948	R\$ 1.581.470.942,96

Fonte: SCI/ANS e SGR/ANS, 12/2021.

Nota: O período abrange os ABIs de 59 até 86, pois os ABIs 87 e 88, lançados em 2021, ainda não haviam alcançado a fase de cobrança no momento da apuração de dados desse Boletim.

Quadro 4 – Procedimentos de APAC com maiores valores cobrados (com GRU emitida) – Brasil, 2017 a 2021

Procedimento Principal	Quantidade	Valor
HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	320.988	R\$ 1.114.974.736,72
HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	12.893	R\$ 63.886.922,12
QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA	14.635	R\$ 54.519.611,25
ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE RIM FIGADO CORACAO PULMAO CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS E/OU PANCREAS	208.374	R\$ 53.991.792,28
RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (POR CAMPO)	21.693	R\$ 53.662.205,52
QUIMIOTERAPIA DE CANCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 1ª LINHA	16.466	R\$ 45.479.626,54
HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 1ª LINHA	92.162	R\$ 44.074.255,70
QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA RARA - 2ª LINHA.	15.954	R\$ 42.754.502,19
MANUTENÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA /DPAC	11.828	R\$ 39.537.198,44
FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	34.343	R\$ 36.826.784,64
Total	1.852.856	R\$ 2.251.628.317,35

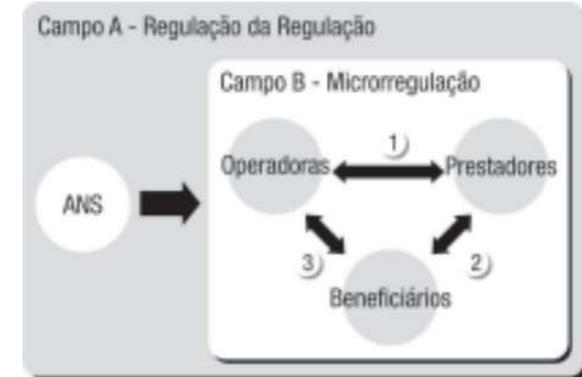
Quadro 5 – Índice de efetivo pagamento e os 10 municípios com maiores valores pagos/parcelados – 2017 a 2021

UF do Atendimento	Cidade do Atendimento	Valor Cobrado	% Cobrado	Valor Pago	% Pago	Valor Parcelado	% Parcelado	Valor Pago + Parcelado	% Pago + Parcelado	Índice de Efetivo Pagamento
SP	SAO PAULO	R\$1.018.311.320,20	18,91%	R\$407.242.294,06	15,51%	R\$250.868.803,35	21,99%	R\$658.111.097,41	17,47%	64,63%
RJ	RIO DE JANEIRO	R\$310.054.363,35	5,76%	R\$137.333.548,42	5,23%	R\$131.292.442,48	11,51%	R\$268.625.990,90	7,13%	86,64%
MG	BELO HORIZONTE	R\$261.086.874,08	4,85%	R\$119.676.461,51	4,56%	R\$34.699.170,08	3,04%	R\$154.375.631,59	4,10%	59,13%
RS	PORTO ALEGRE	R\$124.699.121,11	2,32%	R\$44.321.544,58	1,69%	R\$37.242.028,97	3,26%	R\$81.563.573,55	2,17%	65,41%
PE	RECIFE	R\$161.742.873,02	3,00%	R\$57.052.316,10	2,17%	R\$15.622.607,62	1,37%	R\$72.674.923,72	1,93%	44,93%
PR	CURITIBA	R\$127.908.002,68	2,38%	R\$58.053.549,50	2,21%	R\$12.634.169,76	1,11%	R\$70.687.719,26	1,88%	55,26%
SP	RIBEIRAO PRETO	R\$87.003.131,62	1,62%	R\$33.973.267,07	1,29%	R\$33.860.986,75	2,97%	R\$67.834.253,82	1,80%	77,97%
SP	CAMPINAS	R\$96.209.104,84	1,79%	R\$42.500.700,20	1,62%	R\$23.740.604,81	2,08%	R\$66.241.305,01	1,76%	68,85%
GO	GOIANIA	R\$72.157.576,25	1,34%	R\$43.642.289,85	1,66%	R\$12.131.310,69	1,06%	R\$55.773.600,54	1,48%	77,29%
CE	FORTALEZA	R\$123.944.047,36	2,30%	R\$26.002.646,83	0,99%	R\$29.471.461,80	2,58%	R\$55.474.108,63	1,47%	44,76%
Subtotal		R\$2.383.116.414,51	44,27	R\$969.798.618,13	36,93%	R\$581.563.586,31	50,97	R\$1.551.362.204,44	41,19%	65,10%
Total		R\$5.383.691.538,03	100,00%	R\$2.626.116.529,04	100,00%	R\$1.140.857.439,83	100,00%	R\$3.766.973.968,86	100,00%	69,97%

Fonte: SCI/ANS e SGR/ANS, 12/2021.

Regulação do Sistema de Saúde

- **1. Regulação da saúde suplementar**
- **Marco legal: Lei 9656/98**
- **Operadoras de Planos de saúde**
- **Clínicas particulares e hospitais privados – Dr consulta**
- **Agencia reguladora: ANS**
- **Controles externos: Entidades de defesa do direito do consumidor, Tribunais de contas, Ministério Público**
- **Atores do setor: Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB), consumidores de planos de saúde, prestadores de serviços da saúde suplementar, operadora de planos privados e profissionais de saúde – Governança, participação, consulta pública**
- **Setor privado: assimetria de informação, risco moral, seleção adversa**
- **Planos individuais, coletivos, cobertura, carência, pré existência, reajustes, intermediadoras, falsos coletivos, renúncia fiscal**
- **Desafios da regulação: Lógica de mercado, Dupla regulação, Porta giratória, Dupla porta, ressarcimento ao SUS, judicialização, consulta pública**
- **Demandas recentes: Pandemia, Medicamentos orais, Rol taxativo, open health, piso enfermagem – conflitos de interesse – demandas regulatórias**



Lei prioriza tratamento oral contra câncer na cobertura dos planos de saúde

Da Agência Senado | 04/03/2022, 10h23



Proposições legislativas

MPV 1067/2021

PL 6330/2019

VET 41/2021

O presidente Jair Bolsonaro sancionou a Lei 14.307, de 2022, que prioriza o tratamento oral contra câncer na cobertura dos planos de saúde. A norma é resultado de uma medida provisória (MP 1.067/2021) aprovada em fevereiro pelo Congresso Nacional. A nova lei foi publicada na edição do *Diário Oficial da União* desta sexta-feira (4).

De acordo com o texto, a cobertura do tratamento oral é obrigatória caso as medicações já tenham sido aprovadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem 120 dias, prorrogáveis por mais 60, para incluir a terapêutica no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Segundo a norma, a ANS deve priorizar processos referentes a medicamentos orais contra o câncer. Para os demais tratamentos, o prazo para a manifestação da ANS é de 180 dias, prorrogáveis por mais 90. Se a agência não se posicionar no prazo previsto, o tratamento é automaticamente incluído no rol até decisão definitiva.

Medicamentos e procedimentos já recomendados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) serão incluídos no rol usado pelos planos de saúde no prazo de até 60 dias. No entanto, uma emenda aprovada pelo Senado durante a tramitação da MP 1.067/2021 permite que a ANS rejeite a inclusão se não houver disponibilidade para os planos.

O texto também assegura a continuidade do tratamento ou do uso do medicamento em análise, mesmo se a decisão final for desfavorável. Todas as regras se aplicam aos processos de análise em curso. Com a sanção da lei, a ANS tem 180 dias para regulamentar o tema.

Reajuste

Outra emenda aprovada pelo Senado proibia o reajuste de mensalidade do plano de saúde para compensar a inclusão de tratamentos no rol de procedimentos. Mas a mudança foi rejeitada pela Câmara dos Deputados.

De acordo com Lei 14.307, de 2022, os medicamentos orais contra o câncer devem ser fornecidos ao paciente ou a seu representante legal em dez dias após a prescrição médica. O provimento pode ser fracionado por ciclo de tratamento. É obrigatório comprovar que o paciente ou representante legal recebeu as devidas orientações sobre uso, conservação e eventual descarte do medicamento.

Assim como já acontece no âmbito do SUS, a lei cria uma comissão técnica para assessorar a ANS na atualização do rol de procedimentos. A norma garante a participação de representantes dos seguintes setores: Conselho Federal de Medicina (CFM); Associação Médica Brasileira (AMB); consumidores de planos de saúde; prestadores de serviços de saúde suplementar; operadoras de planos privados de assistência à saúde; e profissionais da saúde relacionadas ao procedimento sob análise.

O texto exige que os indicados para a comissão tenham formação técnica suficiente para a compreensão adequada das evidências científicas e dos critérios utilizados na avaliação. O órgão deve apresentar à ANS relatório sobre as melhores evidências científicas disponíveis e possíveis sobre eficácia, segurança, usabilidade e eficiência dos tratamentos, além de avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação a coberturas já previstas nos planos e de análise do impacto financeiro da ampliação da cobertura.

Segundo a lei, o interessado em incluir os medicamentos ou procedimentos na listagem dos planos de saúde deve apresentar documentos com evidências científicas sobre eficácia, acurácia, efetividade e segurança do medicamento, produto ou procedimento analisado. A norma prevê consulta pública por 20 dias, com divulgação de relatório preliminar da comissão e audiência pública no caso de matéria relevante.

Publicada lei que derruba rol taxativo para cobertura de planos de saúde

Da Agência Senado | 22/09/2022, 09h56



Familiares de pessoas com autismo e doenças raras em protesto em Brasília, em abril, pedindo fim do rol taxativo

Andréa Werner/Lagarta Vira Pupa

Andréa Werner/Lagarta Vira Pupa

Saiba mais

Lei que obriga planos de saúde a cobrirem tratamentos fora do rol da ANS é sancionada



Senado aprova obrigatoriedade de cobertura de tratamentos fora do rol da ANS

Proposições legislativas

PL 2033/2022

Com a publicação da Lei 14.454 no *Diário Oficial da União* de quarta-feira (21), está definitivamente derrubado o chamado "rol taxativo" para a cobertura de planos de saúde. Assim, as operadoras de assistência à saúde poderão ser obrigadas a oferecer cobertura de exames ou tratamentos que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar.

A norma é oriunda do Projeto de Lei (PL) 2.033/2022, aprovado no fim de agosto no Senado. O texto, que alterou a Lei 9.656, de 1998, estabelece que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (Reps), atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), servirá apenas como referência básica para os planos privados de saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999.

Caberá sempre à ANS editar norma com a amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes e procedimentos de alta complexidade.

Tratamentos fora dessa lista deverão ser aceitos, desde que cumpram uma das condicionantes: ter eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ter recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec); ou ter recomendação de, no mínimo, um órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional.

Mobilização

A lei foi uma resposta da mobilização de associações de pacientes usuários de planos de saúde contra decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ) que, em junho deste ano, decidiu que os planos só estariam obrigados a financiar tratamentos listados no Reps.

Para o relator da matéria no Senado, senador Romário (PL-RJ), a sanção da Lei 14.454 significa que milhões de pessoas voltarão a ter seus tratamentos, terapias e medicamentos custeados pelos seus planos de saúde.

"Esse rol estava limitando a cobertura dos planos de saúde e colocando em risco a vida de milhares de pessoas ao negar tratamentos de saúde importantes a quem precisa", afirmou Romário nas redes sociais.

Caso Prevent Senior é o maior escândalo da história da medicina brasileira

Prevent Senior já havia sido denunciada em abril de 2020 por realização de estudo sem autorização para atestar a eficácia da cloroquina no tratamento de covid-19

É estarrecedor acompanhar as denúncias feitas em praticamente todas as sessões da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), da pandemia, instaurada há cinco meses no Senado Federal. Acredito que todo brasileiro fica extremamente assustado e enojado a cada depoimento, ainda mais após as declarações da advogada dos médicos que denunciaram as práticas genocidas da Prevent Senior.

Faço parte da Comissão Externa de Enfrentamento à Covid-19 na Câmara dos Deputados e em abril de 2020 denunciei o estudo realizado pela Prevent Senior para atestar a eficácia da cloroquina no tratamento de pacientes com Covid-19. Esse experimento não tinha sequer registro de autorização na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), que pediu a suspensão do ensaio à época.

Na denúncia, solicitei à Conep pedido de informações sobre quais eram as medidas tomadas com relação a esse estudo, quais medidas legais seriam tomadas em relação ao desrespeito das normas de pesquisa pela operadora de saúde, se os óbitos relacionados a este estudo tiveram a investigação adequada, se existia manifestação pública em relação a este estudo – que era propagado por autoridades como solução para pandemia –, entre outros.

Também questionei o Ministério da Saúde sobre quem era o autor do estudo, se ele havia sido debatido dentro do Ministério da Saúde por especialistas e na Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), quais eram as orientações do protocolo, porque o protocolo divulgado não tratava dos mecanismos de vigilância para eventos adversos, entre outros.

Covid-19: para não deixar morrer, fila única de leitos

Planos de saúde devem cobrir testes para a covid-19, determina ANS

Decisão do órgão regulador altera a Resolução Normativa sobre os procedimentos obrigatórios no âmbito dos convênios médicos

Saúde privada, fortemente subsidiada pelo Estado, tem leitos desocupados. Enquanto isso, Ceará e diversas capitais já ocupam totalidade de UTIs públicas. População morre na espera por atendimento. Evitar colapso exige requisitar hospitais particulares

De lá para cá, infelizmente, o Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo e o Conselho Federal de Medicina, não fizeram a apuração devida do que estava acontecendo.

Precisou ser criada a CPI da pandemia – que chamo de CPI do genocídio – para que os médicos contratados pela operadora de saúde se dispusessem e se sentissem seguros em denunciar o assédio e a pressão que vinham sofrendo ao ter que defender e prescrever um tratamento sem comprovação científica.

As acusações ainda citam a troca de registros de prontuário e diagnósticos, a nítida estratégia de retirar do isolamento de 14 dias pacientes com Covid-19 para que os hospitais fossem ocupados mais rapidamente para redução dos custos do plano, a obrigação da prescrição e entrega do “kit-Covid” caso contrário seriam demitidos. Regras que coagiram os profissionais e colocaram pacientes em risco. Um escândalo de omissão e crime que, de acordo com o andar da carruagem da CPI, foram orientados em conluio com o governo Bolsonaro.

Esse vexame precisa de ações imediatas, tais como: apuração da Conep das práticas de ética de pesquisa do comitê local do hospital que assistiu esse estudo acontecer e não o impediu, da ANS que tem obrigação como agência reguladora de abrir procedimento de apuração sobre as práticas da Prevent Senior, instalação de uma intervenção técnica com comissão gestora que passe a conduzir as ações e atividades do plano e, ao longo da confirmação das denúncias, suspender o direito da operadora de ser um plano de saúde. Mantendo, nessa transição, o direito de atendimento aos usuários.

Os conselhos profissionais de medicina – regionais e federais – têm o dever de fazer vistorias nos hospitais para checagem de mudanças de diagnóstico e prontuários e abertura de processo ético profissional em relação aos profissionais que lideraram o estudo.

A Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (Alesp), a pedido do deputado Paulo Fiorilo, abriu uma CPI específica para apurar e investigar as questões da Prevent Senior. Ótima iniciativa para buscar informações com instrumentos que só uma CPI tem.

Como vai funcionar a suspensão no aumento dos planos de saúde? ANS explica

Carta Aberta | Os perigos do “Open Health”

📅 20 de setembro de 2022

👤 Comunicação Abrasco



OS PERIGOS DO OPEN HEALTH

COALIZÃO  DIREITOS NA REDE



As entidades abaixo assinadas, que atuam na defesa dos direitos digitais e da saúde pública, alertam para os perigos do Open Health aos direitos fundamentais à proteção de dados e à saúde. Isso porque, a criação de um modelo de ampla entrega de dados de saúde para agentes privados, expõe os cidadãos a diversos riscos, entre eles o de discriminação quanto ao acesso à saúde.

Esse cenário é agravado pelo elevado risco de incidentes de vazamento e manipulação de dados decorrentes da notória deficiência dos sistemas de segurança do Ministério da Saúde (MS). Em dezembro de 2021, por exemplo, o Conecte SUS e as plataformas do Programa Nacional de Imunização (PNI)[1] sofreram incidentes de vazamento e alteração irregular de dados pessoais que perduraram por meses sem que fossem resolvidos e que permanecem sem um desfecho [2].

Uma iniciativa estrutural como a proposta do Open Health, antes de tudo, deve levar em consideração não apenas questões relacionadas à propriedade, segurança e pretensão de aumento de concorrência, mas também à ética, privacidade e o fortalecimento do SUS. Neste sentido, por considerar que as informações em saúde constituem o patrimônio da sociedade brasileira, é preciso que o interesse público seja o condutor destas ações.

O Open Health é inspirado no Open Banking recentemente implementado pelo sistema financeiro. Contudo, pautar essa iniciativa a partir de uma analogia entre o sistema de saúde e o sistema financeiro desconsidera as diferenças substanciais entre ambos. Desse modo, impõe ao direito à saúde uma abordagem voltada à lógica de mercado, em latente contradição ao seu acesso universal e igualitário. Enquanto o setor bancário é composto por cerca de 600 empresas, apenas as operadoras médico-hospitalares já somam mais de 700, excluindo clínicas, hospitais, farmácias e secretarias de saúde. Não por acaso, as diferenças entre ambos os sistemas iniciam-se com a própria natureza dos dados pessoais tratados, já que dados de saúde são dados pessoais sensíveis de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

A Constituição Federal estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A proteção de dados pessoais é um direito fundamental autônomo, também reconhecido na Constituição, que objetiva o combate à discriminação abusiva e protege os valores de liberdade e dignidade[3].

Assim, por possuírem natureza de dados sensíveis, a adequada analogia a ser feita no debate sobre a saúde digital no Brasil deve ser a da relação indissociável entre a proteção dos dados referentes à saúde e a proteção dos direitos fundamentais de liberdade e de livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.

É inclusive necessário o desenvolvimento de avaliações para a comprovação do atual cumprimento das exigências da LGPD pela Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) – repositório nacional de interoperabilidade de dados em saúde, hoje hospedado em plataforma de computação em nuvem da Amazon [4], do qual o projeto de Open Health dependeria em alguma medida.

Ainda, é de grande importância para esse tema a apuração [5] de potencial conflito de interesses na assunção de cargo pelo ex-diretor do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) na empresa Amazon, pois trata-se de uma das pessoas responsáveis pela adoção do serviço de nuvem Amazon Web Services pelo Ministério da Saúde (MS).

Os perigos do Open Health extrapolam os problemas relacionados à proteção de dados pessoais, alcançando a falta de compromisso dessa proposta com a universalização do acesso à saúde, principalmente do Sistema Único de Saúde (SUS). Fatores como aumento da concorrência e redução de custos na saúde suplementar devem ser menos relevantes quando comparados à urgência do fortalecimento do SUS, e, principalmente, à busca de melhoria da qualidade da atenção à saúde por meio do SUS, como recomenda o Conselho Nacional de Saúde – que já se posicionou sobre o assunto [6]. Vale dizer, inclusive, que tal relevância se mostra ainda mais evidente a partir da consideração de que os supostos ganhos concorrenciais e de redução de preços não dependem exclusivamente do Open Health, e por ele não são garantidos, podendo continuar sujeitos a estratégias de mercado que acabam por desviar de tais propósitos.

Piso da enfermagem deve resultar em demissões, diz associação

Segundo diretor da Anahp, hospitais vão cortar trabalhadores e reduzir leitos para comportar novas despesas



Antônio Britto (foto), diretor-executivo da Anahp (Associação Nacional de Hospitais Privados), diz que demissões serão evitadas apenas se houver "fontes adicionais de custeio"

PODER360

24.ago.2022 (quarta-feira) - 7h45

O diretor-executivo da [Anahp](#) (Associação Nacional de Hospitais Privados), [Antônio Britto](#), se disse preocupado com as consequências da [aprovação do piso salarial](#) da enfermagem. Segundo ele, a remuneração mínima causará demissões e fechamentos de leitos em todo o Brasil.

"Nós em nenhum momento estamos pensando que seja injusto homenagear e fortalecer a enfermagem", falou em entrevista ao jornal [O Globo](#) publicada nesta 4ª feira (24.ago.2022). "Mas, por todos os números que já foram levantados, nós estamos informando sobre a absoluta impossibilidade de ser feito esse pagamento se não houver fontes adicionais de custeio ou cortes no número de leitos e demissões, o que nenhum hospital quer fazer."

O presidente Jair Bolsonaro (PL) sancionou o piso salarial da categoria em 4 de agosto. A lei estabelece que os enfermeiros contratados pelo setor público e pelo setor privado nas regras da [CLT](#) (Consolidação das Leis do Trabalho) devem ganhar ao menos R\$ 4.750. Técnicos de enfermagem ganharão ao menos 70% do valor definido para piso (R\$ 3.325) e auxiliares de enfermagem e parteiras, 50% (R\$ 2.375).

O grupo de deputados que analisou a proposta estimou gasto anual de R\$ 16,3 bilhões, contando Estado e iniciativa privada. O governo calculou a cifra em R\$ 22 bilhões, também incluindo poder público e empresas.

Britto disse que, se nada for feito, vai haver "necessidade de um plano que não é B, é plano H, de horrível": demitir profissionais "porque não há como arcar com o reajuste".

Segundo ele, existem duas soluções possíveis. "Uma, que preferimos, é que o Congresso aprove as chamadas fontes de custeio o mais rápido possível", falou. "A outra solução, via Judiciário, é que o Supremo entenda que erros muito graves foram cometidos na tramitação deste projeto, erros assumidos inclusive pelos próprios parlamentares."

A [CNSaúde](#) (Confederação Nacional de Saúde, Hospitais e Estabelecimentos e Serviços) e outras instituições de saúde [recorreram ao STF](#) (Supremo Tribunal Federal). Argumentaram ser insustentável o aumento estabelecido pela lei, sendo que o texto não especifica de onde virão os recursos para os reajustes salariais.

Britto declarou que a Anahp ficou "chocada" com a aprovação do projeto sem uma fonte de custeio. "O que está escrito, embora merecido, não tem como ser pago", disse.

"Não está havendo aqui um conflito entre hospitais e enfermeiros, os 2 são vítimas de um processo mal conduzido, em que, a pretexto de algo que ninguém discorda, criou-se uma despesa em que se esqueceram de prever a forma de pagamento."

Britto alertou que "em nenhum hospital há enfermeiros sobrando". Por isso, "para reduzir o número de profissionais, você precisa diminuir o número de leitos".

Essa redução, afirmou, afetaria tanto o sistema privado como o público. "Como nossos hospitais privados representam mais de 52% dos atendimentos do SUS [Sistema Único de Saúde] em média complexidade, e quase 100% em alta complexidade, é óbvio que a redução de leitos vai impactar também o serviço público", disse.

"E já começou a acontecer", continuou, acrescentando "que os hospitais estão informando aos secretários municipais e estaduais de Saúde que, se os recursos não forem encontrados, os serviços precisarão ser reduzidos".

Ele disse ter informado a [ANS](#) (Agência Nacional de Saúde) de que, se o projeto for mantido como está, "a conta será empurrada para os planos [de saúde]".

"Não existe mágica, isso vai estourar em demissões, redução de leitos e aumentos nos planos de saúde ou, na hipótese que nós preferimos, na identificação urgente de fontes de custeio", declarou.